FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 83

DE LA FIÈVRE BILIEUSE HÉMATURIQUE

AU FORT DE BAMMAKO

CAMPAGNE 1885-1886

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 JUILLET 1887

PAR

Victor-Auguste ROUSSEAU

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Poitiers (Vienne), le 6 mai 1861.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur.	*juges.*
PIÉCHAUD,	agrégé,	
MOUSSOUS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 83

DE LA FIÈVRE BILIEUSE HÉMATURIQUE

AU FORT DE BAMMAKO

CAMPAGNE 1885-1886

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 JUILLET 1887

PAR

Victor-Auguste ROUSSEAU

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Poitiers (Vienne), le 6 mai 1861.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur.	*juges.*
PIÉCHAUD,	agrégé,	
MOUSSOUS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ.....
BITOT..... } Professeurs honoraires.
MICÉ.....

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM..
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	De FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PITRES. PICOT.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	LANDE. ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	DUDON. BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle. .... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Clinique chir. des enfants. N. | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

MADAME HUGUET

A MES PROCHES

A MON ANCIEN TUTEUR

Hommage de ma profonde reconnaissance

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MORACHE

Directeur du Service de santé du 18e Corps d'armée, Professeur de Médecine légale,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES CAMARADES DE LA MARINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0067

DE

LA FIÈVRE BILIEUSE HÉMATURIQUE

AU FORT DE BAMMAKO

Campagne 1885-1886

INTRODUCTION ET PLAN

Ayant fait un séjour assez prolongé dans le Haut-Niger pendant l'année 1885-1886, nous avons cru devoir mettre à profit notre campagne, et prendre comme sujet de notre thèse : la fièvre bilieuse hématurique au fort de Bammako.

Notre plan comprend quatre parties :

1° Situation géographique et description sommaire du fort de Bammako ;

2° Fièvre bilieuse hématurique en général ;

3° Particularités qu'elle présente à Bammako ;

4° Traitement.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de remercier M. le professeur Morache du bienveillant accueil que nous avons trouvé auprès de lui et de l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

Du fort de Bammako.

Situé dans le Soudan occidental par 10°11' de longitude Ouest et 12°37' de latitude Nord, le fort de Bammako s'élève « comme la » sentinelle avancée du Haut-Fleuve » sur une vaste plaine à un mille du Niger qui coule au Sud.

Fort bien placé au point de vue stratégique (car il commande ainsi le fleuve, qui à la hauteur de Bammako est un point important de passage), il ne répond malheureusement pas d'une façon aussi avantageuse aux exigences de l'hygiène, car les bords du Niger dans une étendue de 7 à 800 mètres sont convertis en marais pendant l'hivernage, et se trouvent au vent du fort au moment où la fin de la saison pluvieuse ramène les brises de N-E.

L'altitude de Bammako au-dessus du niveau de la mer est de 270 mètres.

« Un vaste rectangle de 94 mètres de long sur 67 mètres de » large, dont la superficie est par conséquent de 6,318 mètres » carrés constitue le fort proprement dit. »

Trois bâtiments rectangulaires comprenant un rez-de-chaussée et un étage flanquent respectivement les faces Nord, Ouest et Sud. Celui de l'Ouest est affecté à l'infirmerie ; les deux autres servent de logement pour les officiers et une partie de la troupe blanche.

Une vaste cour s'étend entre ces trois pavillons.

Au fond, du côté de l'Est, se trouvent les magasins, les locaux disciplinaires et deux corps de bâtiments n'ayant qu'un rez-de-chaussée qui étaient occupés pendant mon séjour à Bammako par les sous-officiers et les spahis européens.

Des trois pavillons, celui de l'infirmerie me paraît seul habitable : car ceux des officiers et de la troupe sont munis dans leur intérieur d'un puits dans lequel l'eau s'élève et s'abaisse avec le niveau du Niger. C'est à ces puits dégageant presque en tout temps une odeur infecte que j'attribue la plus grande fréquence

des maladies chez les officiers et soldats qui habitent ces pavillons que chez les autres troupiers (sous-officiers et spahis) logés dans les bâtiments de la face Est.

Au moment où je quittais Bammako, d'importantes réparations étaient faites au fort; et j'avais la satisfaction de voir ces puits mis enfin hors d'état de nuire par suite d'une couverture en maçonnerie qui en obture hermétiquement l'orifice et d'où s'élève un tuyau de dégagement débordant de plusieurs pieds le sommet du bâtiment.

Météorologie.

« Il y a une avance d'un mois environ pour les saisons entre le » bassin du Niger et celui du Sénégal. »

L'hivernage, c'est-à-dire la saison des pluies, commence à Bammako vers la moitié de mai; il bat son plein en août, mois dans lequel j'ai compté, en 1885, 27 jours de pluie, et prend fin avec le commencement de novembre.

Pendant cette période de l'année, la température moyenne est de 28°5. Elle continue à baisser pendant les deux premiers mois de la saison sèche (décembre, janvier); elle est la plus basse en décembre (25°4). Ces deux mois sont remarquables par les différences thermométriques du jour et de la nuit. C'est ainsi que dans les endroits les plus exposés au rayonnement, le thermomètre descend souvent jusqu'à + 5°. « L'eau qui a passé la nuit dans des » seaux en toile donne l'onglée. »

A partir de janvier la température s'élève graduellement pour atteindre son apogée au mois d'avril (31°9), et au commencement de mai, époque à laquelle les premières tornades viennent apporter un grand soulagement par la fraîcheur de leurs pluies.

Voici le tableau des moyennes thermométriques et barométriques des différents mois de l'année en 1885.

Janvier. —	Thermomètre.	26,4.	— Baromètre.	734,8		
Février.	»	29,2.	»	735,4		
Mars.	»	30,4.	»	735,8		
Avril.	»	31,9.	»	735,9		
Mai.	»	31,3.	»	736,2	Pluie	6 jours.
Juin.	»	29,05.	»	736,6	»	12 jours.
Juillet.	»	27,8.	»	735,6	»	16 jours.
Août.	»	26,8.	»	735,4	»	27 jours.
Septembre.	»	28,07.	»	735,7	»	12 jours.
Octobre.	»	28.	»	735,8	»	10 jours.
Novembre.	»	27,6.	»	734,5	»	4 jours.
Décembre.	»	25,4.	»	734,9	»	0

Vents.

Les vents dominants viennent de l'Est et soufflent du N.-E. pendant la plus grande partie du jour à partir du mois de novembre. Ainsi qu'on le verra plus tard, c'est pendant l'établissement des brises du N.-E. coïncidant avec le dessèchement des marécages que sévit dans toute sa gravité la fièvre bilieuse hématurique.

Effectif.

L'effectif de la garnison blanche pendant la durée de mon séjour sur les bords du Niger (fin janvier 1885 à avril 1886) a subi plusieurs variations dues à différentes circonstances : telles que la relève de la garnison de l'année 84-85, et la nécessité de former à différentes reprises avec des détachements pris à Bammako plusieurs petites colonnes, destinées à opérer contre l'ennemi dans le Mandingue et le Bourrée.

Le chiffre « 30 » me paraît être celui qui représente le plus approximativement l'effectif moyen de la troupe européenne pendant la campagne 85-86.

Parmi les affections que j'ai observées à Bammako, une

d'elles prédomine et s'impose par sa fréquence et sa gravité au premier rang : je veux parler de la fièvre bilieuse hématurique.

C'est la forme de prédilection que revêt sur les bords du Niger le paludisme dans ses manifestations graves. Alors que dans les autres postes du Haut-Sénégal les accès pernicieux, la diarrhée, la dysenterie sont les causes habituelles de la mort, à Bammako c'est la fièvre bilieuse hématurique qui est de beaucoup la plus meurtrière, car, elle réclame pour sa quote-part les trois quarts des décès qui se sont produits pendant mon séjour à Bammako.

Longtemps confondue avec la fièvre rémittente bilieuse, souvent encore dans certaines contrées considérée comme une simple variété de celle-ci, « la fièvre bilieuse hématurique mérite cepen- » dant, dit Corre, de constituer dans le groupe des maladies » paludéennes une espèce particulière en raison de ses modalités. »

Le pays, le climat, la saison lui impriment des caractères différents. Aussi ayant été à même d'en observer une trentaine de cas sur les bords du Niger, j'ai cru y trouver certaines particularités inhérentes sans aucun doute au lieu, mais dont je ne saurais déterminer l'origine intime.

Mais avant de traiter de la fièvre bilieuse hématurique à Bammako, je crois devoir donner une description sommaire de cette maladie telle qu'elle ressort des travaux des médecins de la marine qui l'ont étudiée sous différents climats, MM. Daullé, Pellarin, Barthélemy Benoît, Béranger-Féraud et Corre.

La fièvre bilieuse hématurique revêt le type intermittent ou le type rémittent, le premier infiniment moins grave que le second.

Quelle qu'en soit la forme, elle ne se montre *jamais* chez les gens récemment arrivés dans la colonie. Six mois au moins sont nécessaires à son éclosion; encore faut-il que plusieurs accès de fièvre intermittente plus ou moins espacés lui aient préparé pour ainsi dire les voies.

Cette fièvre exige donc pour se produire un certain degré d'intoxication malarienne.

L'accès hématurique peut débuter brusquement ou être précédé pendant deux ou trois jours d'accès de fièvre ou d'un état de malaise général avec embarras gastrique et courbature.

« Des frissons intenses ouvrent généralement la scène, et » presque en même temps apparaissent les urines rouges et » l'ictère. Mais l'érythrurie peut être le premier symptôme de » l'atteinte. La température du corps s'élève rapidement à 40, 41 » et même au-delà dans les cas de grande gravité. Le pouls est » accéléré (100-120) et plein. » Surviennent alors des vomissements bilieux; la langue est sèche, recouverte d'un enduit jaune verdâtre; il y a de la constipation ou plus ordinairement de la diarrhée.

Le foie et la rate tuméfiés sont le siège d'une douleur gravative, ainsi que la région lombaire de chaque côté de la colonne vertébrale au niveau des reins.

Au frisson initial succèdent les périodes de chaleur et de sueur.

Dans les cas les plus bénins, mais aussi les plus rares, la fièvre bilieuse hématurique peut se réduire à un seul accès qui évolue en quelques heures; l'ictère s'efface rapidement, et la couleur rouge disparaît des urines avant même le stade des sueurs.

Mais généralement plusieurs autres accès viennent succéder au premier à des intervalles plus ou moins réguliers : cette forme intermittente atteste une impaludation plus ancienne.

Au type rémittent, de beaucoup le plus grave, est plus spécialement réservée la dénomination de fièvre bilieuse hématurique. C'est surtout dans cette forme qu'on observe les urines les plus foncées (couleur malaga ou infusion de café noir), les vomissements bilieux ressemblant « à de l'eau d'épinards ou à une solu- » tion d'arséniate de cuivre », les hémorrhagies multiples, l'adynamie et souvent enfin la mort par collapsus ou urémie.

Je crois devoir revenir sur les deux symptômes importants de cette affection : l'érythrurie et l'ictère.

Urines.

Les urines sanglantes apparaissent presque toujours pendant la période de frisson ; elles semblent même dans certains cas la précéder. Ce qui tient sans doute à une erreur d'observation, le frisson initial ayant été si faible que le malade n'en a pas eu conscience.

« Au début de l'accès, les urines revêtent tantôt l'aspect du » sang pur, tantôt l'aspect du sang mélangé d'eau ; elles ont une » teinte groseille plus ou moins foncée, *toujours* très différente » de la coloration jaune rougeâtre ou verdâtre des urines ictéri» ques. »

Leur teinte, si la maladie revêt le type pseudo-continu, devient de plus en plus foncée, et elles ressemblent bientôt à du vin de malaga, ou à une infusion de café ; elles repassent ensuite par des » colorations de plus en plus adoucies et prennent l'apparence » des urines bilieuses ou du cidre doux avant de revenir aux » caractères de l'urine normale. »

Leur quantité varie suivant les cas.

Normale et même augmentée par le fait des boissons ingérées par le malade dans les cas légers, elle diminue le plus souvent dans les cas graves, et la miction peut même se supprimer complètement dans certains cas mortels. C'est bien l'anurie, et non un simple trouble de l'excrétion qui tient sous sa dépendance cette diminution des urines, car le cathétérisme n'accuse ordinairement dans la vessie qu'une quantité insignifiante de liquide.

A quelle matière l'urine doit-elle sa coloration ?

Cette question a donné lieu à de nombreuses controverses. Pour les uns, c'est la matière colorante du sang encore unie aux glo-

bules. « Ce serait une hémorrhagie rénale, une hématurie » ; pour d'autres, qui admettent aussi l'origine hématique, ce serait également la matière colorante mais séparée des éléments globulaires. Enfin une troisième classe d'observateurs rattache pour certains cas au pigment biliaire la coloration des urines, et admet à côté de la fièvre hématurique une fièvre mélanurique, nouvelle entité morbide dont l'existence soulève bien des doutes chez bon nombre de médecins de la marine.

La présence de la matière colorante du sang est certaine, l'analyse spectrale l'a démontrée depuis longtemps. Mais y a-t-il ou non des globules rouges ? Oui, répondent certains auteurs, Pellarin, B. Benoît qui ont toujours, paraît-il, trouvé dans le liquide des hématies en plus ou moins grand nombre. Telle n'est pas l'opinion de MM. Grenet, Louvet, Karamitsas dont les examens microscopiques sont restés muets sur ce point. Corre admet l'existence accidentelle du sang en nature.

Les recherches faites dans le Haut-Fleuve, et en particulier au poste de Kita, par M. le médecin de 2e classe Crambes, me font pencher en faveur de l'hémoglobinurie pure et simple. Ce n'est donc pas fièvre hématurique, mais bien hémoglobinurique qu'il faudrait dire.

La présence de la matière colorante du sang est donc aujourd'hui hors de contestation. Mais est-ce à dire pour cela que la bile fasse défaut dans l'urine ?

Pour la plupart des auteurs le pigment biliaire n'y figurerait que d'une façon accidentelle. Dans toutes les recherches que j'ai faites à Bammako, j'ai pu obtenir la réaction caractéristique à l'aide de l'acide azotique mais seulement dans les urines qui n'avaient plus la coloration rouge ou malaga.

« Bérenger-Féraud explique les résultats négatifs des essais par » la présence de l'albumine qui, coagulée, troublerait le milieu, » au point de ne pas permettre la constatation de la coloration

» biliaire, ou bien précipiterait cette matière colorante. » C'est qu'en effet l'albumine est très abondante dans les urines rouges ou malaga, et sa quantité varie en raison directe de l'intensité de la coloration. Elle paraît avoir une double origine : l'hémoglobinurie et une altération rénale, cette seconde cause bien moins importante dans l'espèce que la première.

Ictère.

L'ictère est très précoce; il débute en même temps que l'érythrurie, ou après elle, après un temps très court. S'il la précède quelquefois, cela tient à ce que, chez certains malades, l'atteinte hémoglobinurique se produit à la suite d'un accès bilieux ordinaire dont quelques phénomènes persistent après la disparition de la fièvre. Dans ce cas l'ictère précède l'émission des urines rouges, mais « cet ictère n'appartient pas à l'accès érythrurique, et vient se » confondre avec celui de cet accès. »

La coloration jaune débute par les sclérotiques, pour passer ensuite aux téguments du visage et se généraliser par une marche descendante à tout le corps. Sa teinte plus ou moins foncée est subordonnée au tempérament plus ou moins bilieux de l'individu bien plus qu'à la gravité des cas. Souvent fugace, il persiste parfois jusqu'à la mort « avec des alternatives d'amoindrissement et » d'augmentation qu'il n'est pas toujours facile de rattacher à des » modifications parallèles des urines, alors très réduites ou même » supprimées. »

Comme le fait remarquer Dutroulau, il ne s'accompagne jamais de démangeaison.

Corre le considère comme étant dans le principe simplement hémaphéique pour devenir plus tard à la fois hématique et bilieux.

Tels sont exposés à grands traits les caractères généraux de la fièvre bilieuse hématurique.

Comme je l'ai dit plus haut, la modalité de cette fièvre varie suivant les pays et les saisons.

C'est ainsi que les bords du Niger lui impriment un cachet particulier et en font l'affection la plus remarquable que l'on y observe tant par sa fréquence relativement aux autres affections, diarrhée, dysenterie (si peu rares cependant sous les tropiques) que par sa gravité.

Je vais donc exposer quelques-unes des observations que j'ai recueillies à Bammako, et essayer d'en tirer des conclusions relatives à la forme et aux caractères donnés à cette maladie par la saison ainsi qu'à sa terminaison souvent fatale par urémie.

Fin de janvier 1885.

Bouty..., spahi (1re atteinte de fièvre bilieuse hématurique).

Cet homme est rentré à Bammako depuis le 22 janvier après un séjour d'un mois en dehors de ce poste.

Le 28 janvier vers midi, il est pris de frissons violents avec vomissements alimentaires, et entre à l'infirmerie une heure après. Déjà les sclérotiques sont le siége ainsi que la peau du visage d'une légère suffusion ictérique. Les urines ont la couleur du cassis à l'eau et tiennent en suspension des flocons de mucus rendus très apparents par le repos.

La région hépatique est douloureuse à la pression et la percussion dénote une augmentation de la matité du foie qui déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Lumbago.

θ à midi = 40. 5. P. plein = 104.

θ à 3 heures = 40. 2.

29 janvier : Quelques vomissements bilieux jaunâtres ce matin. L'ictère est parfaitement net et offre une teinte jaune paille. La langue est très bilieuse; les urines sont moins rouges que celles d'hier. θ m = 37,5. P = 70.

A 2 heures du soir, le malade a vomi 8 fois de la bile depuis ce matin. Une injection morphinée pratiquée au creux de l'estomac calme les vomissements.

A 3 heures du soir, l'ictère est moins marqué que ce matin et le pouls plus fort. La teinte rouge de l'urine va en décroissant. θ = 38.

30 janvier : Cinq vomissements vert foncé depuis hier. L'ictère continue à s'effacer; le produit de la miction a une teinte à peu près normale ; traces de bile. La langue s'est détergée.

θ m = 37. P = 80.

θ s = 38.

A partir du 31 janvier jusqu'au 4 février, le malade n'a plus eu qu'un seul vomissement.

L'érythrurie a complètement disparu.

Petits mouvements fébriles dans les soirées du 31 janvier, des 1er, 2 et 4 février, date à laquelle le malade entre en convalescence.

Février.

Dans le courant de février, 5 cas de fièvre bilieuse hématurique furent traités à l'infirmerie du fort.

Le Rouz, quartier-maître infirmier, présente pendant 2 jours de suite deux accès intermittents avec érythrurie ne durant que pendant la période de frissons. Cet homme fut atteint comme le précédent pendant sa convalescence de stomatite ulcéreuse : ce sont les deux seuls cas de stomatite que j'aie observés à la suite d'accès hématurique.

Poiv..., ouvrier de la Compagnie auxiliaire, entré à l'infirmerie à peu près à la même époque, offrit ceci de remarquable, qu'après avoir rendu pendant les deux premiers jours des urines abondantes couleur bitter, il fut pris d'anurie. Cette anurie fut à peu près complète. Pendant 48 heures (journées des 5 et 6 février), le malade n'urina que 30 grammes environ d'un liquide jaune foncé à reflets verdâtres à la surface, et présenta de légères secousses convulsives dans les membres supérieurs. Le pouls très fréquent devint filiforme, à peine perceptible sur la radiale ; les extrémités se refroidirent. 4 ventouses scarifiées furent appliquées sur la région lombaire.

Le 7, au matin, je constatai une amélioration notable coïncidant avec le retour de la miction dont l'abondance augmenta dans la journée ; les extrémités reprirent leur température normale ; les vomissements s'arrêtèrent.

Le 9 février, le malade entrait en convalescence.

Chez cet homme, le frisson initial débuta *à midi*.

La fièvre revêtit le type rémittent à exacerbations matinales.

Le Pav..., clairon, arrivé dans la colonie depuis six mois et au fort de Bammako depuis 30 jours, entre à l'infirmerie le 21 février.

Malade depuis trois jours, cet homme a eu le 20 un accès de fièvre avec frisson. Il vient le lendemain soir à la contre-visite se plaignant d'envies fréquentes d'uriner.

Le méat est rouge et est le siège d'une douleur cuisante. Les urines sont noîrâtres au dire du malade. Teinte subictérique des sclérotiques. Il entre à ce moment à l'infirmerie.

A 6 heures du soir (*21 février*), fièvre modérée. $\theta = 38,9$.

Emission de 100 grammes environ d'une urine hématique rouge foncé qui laisse déposer par le refroidissement une masse pulvérulente de couleur orangée.

Céphalalgie sus-orbitaire très vive. Douleurs lombaires.

La palpation de la région hépatique éveille de la douleur, surtout au niveau de la vésicule biliaire.

22 février : L'ictère s'étend à toute la surface du tronc qui est d'un jaune beaucoup plus marqué en avant qu'en arrière. La quantité des urines pendant la journée du 22 et la nuit suivante est de 600 gr. Plus foncées que celles de la veille, elles ressemblent à de la teinture de quinquina.

θ m $= 38,5$. θ s $= 39,6$.

Pendant les journées du 21 et du 22, les vomissements sont bilieux, d'un jaune verdâtre.

23 février : La teinte ictérique est plus foncée. Les urines sont moins abondantes : 400 gr. ; et leur couleur atteste plutôt la présence de la bile que celle du sang. Vues en masse elles sont d'un rouge acajou, et leur surface a des reflets verts.

θ m $= 36,8$. θ s $= 37,3$.

Pas de vomissements.

24 février : L'ictère persiste avec la même intensité. Même coloration des urines : 450 grammes.

Les vomissements ont repris le malade ; ils sont constitués par de la bile presque pure et ont l'aspect d'une solution d'arséniate de cuivre : ils tachent le linge en vert clair.

θ m $= 37,5$. θ s $= 39,1$.

25 février : A la visite du matin, vive céphalalgie frontale ; exagération du lumbago. Jusqu'à 6 heures du soir le malade ne rend que 200 grammes d'urines qui offrent les mêmes caractères que celles des jours précédents.

A 6 heures du soir, je trouve le malade abattu et se plaignant d'un malaise général plus marqué que précédemment ; sensation de chaleur très pénible. Délire tranquille dans la soirée.

θ m = 38,5. θ s = 41,2.

26 février (7 heures du matin) : Miction de 300 grammes pendant la nuit. Mêmes caractères des urines. Quelques vomissements bilieux depuis hier soir. La fièvre est un peu tombée. La langue est très sèche, fendillée ; les dents fuligineuses ; l'ictère très foncé sur le tronc.

3 heures du soir : Epistaxis. 100 grammes seulement d'urine depuis ce matin.

θ m = 39,5. θ s = 40,7.

27 février : Le malade n'urine pas de toute la journée. Plusieurs vomissements bilieux. Etat stationnaire de l'ictère.

θ m = 37,5. θ s = 37,8.

28 février : Epistaxis abondante nécessitant le tamponnement de la narine gauche à l'aide de la sonde de Belloc. Pas de vomissements. Anurie. Le Pav... accuse une assez vive douleur de chaque côté de la poitrine et dans toute la région de l'abdomen qui est ballonné et présente du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

θ m = 38,8. θ s = 39,5.

1^er^ mars : L'état de prostration continue ; toujours pas d'urine. Le pouls est petit et fréquent. Délire léger. Un piqueté hémorrhagique très serré occupe la peau de l'abdomen, principalement sur la région hypogastrique où a été appliqué un cataplasme.

A 10 heures du matin, le malade est pris de hoquet.

A 3 heures du soir, la température monte à 39,8. Elle a son maximum à 6 heures, θ = 40.

Le malade s'éteint à 2 heures de la nuit en pleine connaissance, après avoir présenté quelques convulsions légères mais générales.

L'infirmerie reçut à la fin de février deux autres cas de fièvre bilieuse hématurique qui offrirent le type intermittent. Le premier,

celui du sergent Douv..., très bénin, se réduisit à un seul accès ; le second, celui du sergent-fourrier Desch..., évolua en quatre jours, dont deux de fièvre. Les urines n'eurent la couleur hématique que pendant le premier jour.

Avril.

Le mois d'avril n'a fourni qu'une seule entrée ; celle du nommé Bout..., spahi, qui retombe pour la seconde fois malade de fièvre hématurique, la première atteinte ayant eu lieu à la fin de janvier.

Cet homme se présente le 25 avril à la visite du matin avec des urines « malaga », dont il ne s'est aperçu de la coloration qu'au réveil. Il aurait frissonné très fort vers le milieu de la nuit. La veille, léger malaise. A son entrée, teinte subictérique du visage, fièvre modérée.

Le 26, l'ictère s'est accentué, et le malade a plusieurs vomissements vert clair qui obligent à recourir à l'injection de morphine faite au creux épigastrique et aux lavements quininés. Les urines sont bien moins foncées que celles d'hier.

Leur teinte rouge va encore en décroissant progressivement dans les journées du 27, 28, 29, date à laquelle la température est normale et où tous les autres symptômes morbides ont disparu.

Le malade paraît être entré en convalescence (quelques potages légers et des œufs lui sont donnés), lorsque le 3 mai, à six heures du soir, il est pris d'un frisson intense, durant lequel la température atteint 40°. Ce frisson est précédé de quelques heures par des crampes d'estomac, et s'accompagne d'urines malaga.

Le lendemain, on constate un ictère très net ; la sérosité d'un vésicatoire est d'un vert foncé. Les urines sont moins noires qu'hier.

Le 5 mai, à midi, nouveau frisson. $\theta = 40{,}5$. Les urines reprennent leur teinte malaga. Pas de vomissements.

Le 6 et le 7, la fièvre continue avec des exaspérations vespérales. Les urines normales comme quantité donnent la réaction de la bile (couleur cidre doux).

Le 8, au matin, apyrexie. Le soir, $\theta = 37{,}5$.

Le 9, frisson intense à midi. Le malade meurt subitement après deux courtes syncopes, à 2 heures du soir.

Mai.

En mai, un seul cas de fièvre bilieuse hématurique, cas des plus bénins qui évolua en 24 heures.

Juin.

Le mois de juin donna deux entrées : l'une, qui se fit dans les premiers jours du mois fut celle d'un tirailleur algérien, le nommé Bou Médine, qui mourut après 6 jours de maladie. Le premier jour seul fut marqué par de la fièvre. Les urines couleur infusion de café noir persistèrent avec ces caractères pendant 3 jours. Le quatrième, elles offrirent l'aspect des urines fébriles et leur quantité tomba à 120 grammes pour les 24 heures.

Les deux jours suivants, elles se supprimèrent complètement.

Le malade a eu du délire tranquille dont l'apparition coïncide avec l'époque où les urines deviennent rares, et une légère congestion pulmonaire avec respiration peu fréquente et suspirieuse. Mort dans le coma.

Des trois décès que j'avais observés jusqu'à cette époque, c'est le seul qui se soit accompagné de symptômes pouvant être sûrement rattachés à l'urémie.

Juillet-Août.

La fin de juin, les mois de juillet et d'août augmentèrent le bilan de la fiévre hématurique de 5 cas, se terminant tous par la guérison. Sur ces 5 cas, 2 étaient des récidives.

Septembre.

Le commencement de septembre continue cette série de cas bénins.

Le nommé St..., matelot infirmier, présente 13 accès à type intermittent, à frisson débutant vers 1 heure de l'après-midi et s'accompagnant chaque fois de l'émission d'une très faible quantité d'urine malaga (50 grammes environ) dont la coloration noire n'existait déjà plus lorsque le malade entrait dans la période de sueurs, c'est-à-dire vers les 5 heures du soir.

M. H..., officier de spahis, fut pris à la même époque. Son cas ne présente rien de remarquable que la ténacité des vomissements bilieux qui durèrent une douzaine de jours résistant à tous les moyens thérapeutiques employés, et laissèrent après eux des crises de gastralgie d'une extrême acuité.

Galg..., ouvrier canonnier, tomba malade le 12 septembre. Le 16, tous les symptômes morbides avaient disparu. Un seul accès de fièvre le premier jour.

A partir de la mi-septembre la scène change. La décroissance des pluies semble entraîner avec elle la malignité des fièvres qui se produisent à cette époque.

J'eus à traiter alors deux cas d'une évolution à peu près identique, accompagnés l'un et l'autre d'anurie et se terminant par la mort, l'un dans le coma, l'autre par syncope.

Del..., C[1er]. ouvrier de la Compagnie auxiliaire, entre à l'infirmerie le 15 septembre, à 6 heures du matin.

La veille, accès de fièvre avec frisson vers 10 heures du matin. Les urines émises pendant cette journée du 14 sont d'aspect purement fébrile. La nuit du 14 au 15 est agitée.

Ce n'est que le lendemain matin au réveil, et sans avoir été pris, paraît-il, d'un nouveau frisson, que le malade s'aperçoit de la coloration noirâtre de ses urines (teinture de quinquina).

A son entrée $\theta = 39,2$. Céphalalgie légère, pas de nausées. Celles-ci ne se montrent que vers 9 heures du matin et sont suivies de vomissements bilieux d'un vert clair. Pouls fréquent et plein.

Légère teinte subictérique des sclérotiques et du visage. Rien de particulier du côté du foie et de la rate.

A 3 heures de l'après-midi, $\theta = 40,1$. Les urines dont la teinte avait été

en s'atténuant pendant la journée deviennent couleur malaga. Les nausées sont continuelles. Cinq selles bilieuses depuis ce matin. L'ictère se prononce de plus en plus.

16 septembre : Les vomissements, nuls pendant la nuit précédente, reprennent le malade dans la matinée ; ils sont très verts et contiennent des matières bistrées en suspension. Douleur très vive à la région lombaire et à l'épigastre, modérée aux hypochondres.

La température à 40,1 le matin, tombe graduellement jusqu'à 38 à 7 heures du soir.

Le 17, θ = 37, pas d'urines depuis 24 heures. Vomissements vert clair et selles noires avec reflets verts dans la nuit. Le malade accuse des douleurs très vives à la région des reins, mais ne souffre plus de l'épigastre.

A partir de ce moment, il n'y a plus eu de fièvre ; la température axillaire est restée jusqu'à la mort entre 35,8 et 36,4 le soir.

Du 17 au 18, le malade n'a rendu que la valeur d'une cuillerée d'urine trouble. La vessie est vide.

Les jours suivants, la quantité d'urine augmente un peu depuis une cuillerée jusqu'à 200 grammes dans les 24 heures. Elle est opalescente, albumineuse.

Dans la nuit du 19 au 20, un peu d'agitation se manifeste. Del... se plaint de douleurs articulaires très vives surtout dans les genoux. Par contre, il y a diminution de la douleur lombaire.

Les vomissements d'un beau vert clair avec dépôt noirâtre continuent à se montrer de temps en temps; selles noires, poisseuses, très fétides.

L'état général exprime un certain degré de stupeur.

Le 20 apparaît un peu de délire calme. Les urines atteignent en ce moment 250 grammes.

Le 21, stupeur, somnolence, subdelirium fugace. Douleurs musculaires; quelques épistaxis.

Le 22, à 3 heures de l'après-midi, quelques secousses convulsives dans les membres supérieurs avec perte de connaissance. Ces convulsions sont suivies de coma, la respiration s'embarrasse, diminue de fréquence et devient stertoreuse.

Le malade succombe à 6 heures du soir.

F..., aide vétérinaire, tomba malade quelques jours après le précédent. Chez cet officier, l'anurie se déclare avant la fin du second jour; et avec

elle survient un abaissement de la température qui descend un peu au-dessous de la normale. Le malade tombe presque aussitôt dans un abattement général avec légère tendance au sommeil.

Sept jours après le début de la maladie, il mourait subitement pendant la nuit, après avoir eu une courte syncope un quart d'heure plus tôt.

Octobre.

Un seul cas.

Den..., canonnier, est pris d'une troisième atteinte de fièvre bilieuse hématurique, bénigne comme les deux premières.

Novembre.

En novembre, sur trois cas, j'ai eu à enregistrer un décès, celui du nommé Vuil..., ouvrier canonnier de la Compagnie auxiliaire.

La maladie eut chez cet homme à peu près les mêmes allures que chez le nommé Del..., entré dans le courant de septembre à l'infirmerie.

Le frisson débuta *vers midi*. Les urines conservèrent la couleur malaga pendant 48 heures, et ne furent jamais complètement supprimées.

Le quatrième jour, délire tranquille. Pendant la nuit le malade se lève. Le lendemain il est pris d'hémorrhagies gingivales.

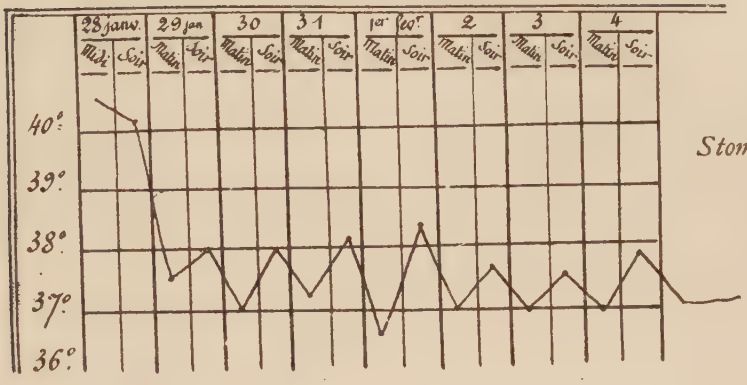
Le sixième jour, après son entrée, il tomba vers midi dans un état comateux qui alla en augmentant jusqu'à 6 heures du soir, heure à laquelle il mourut.

Deux autres cas de fièvre bilieuse hématurique entrèrent à la fin de ce mois ; ils guérirent tous deux.

Décembre.

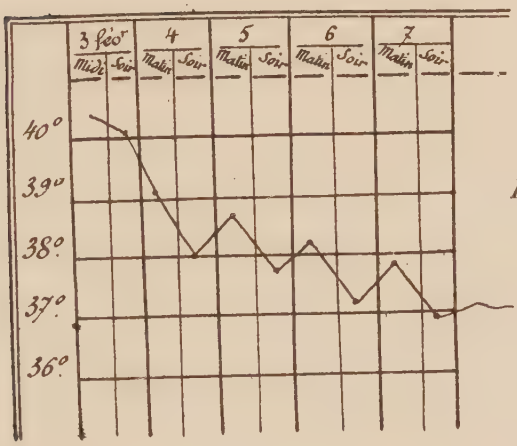
Quant au mois de décembre, il n'a fourni aucune entrée pour cette affection.

Bout..., spahi. *Guérison*



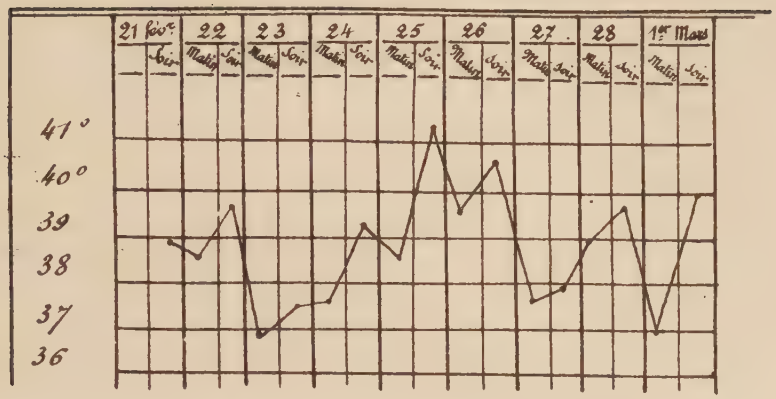
Stomatite ulcéreuse pendant la convalescence

Poiv..., ouvrier comp. auxil. *Guérison.*

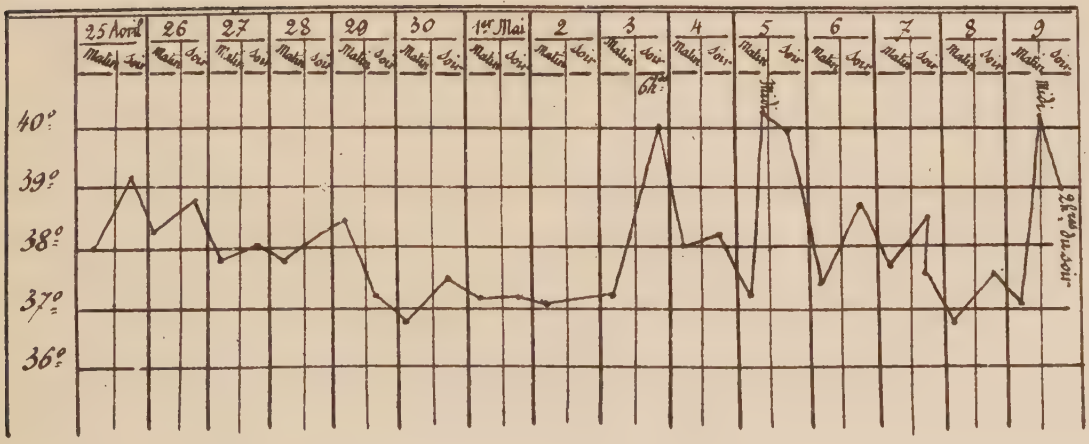


Le frisson initial a débuté à midi.

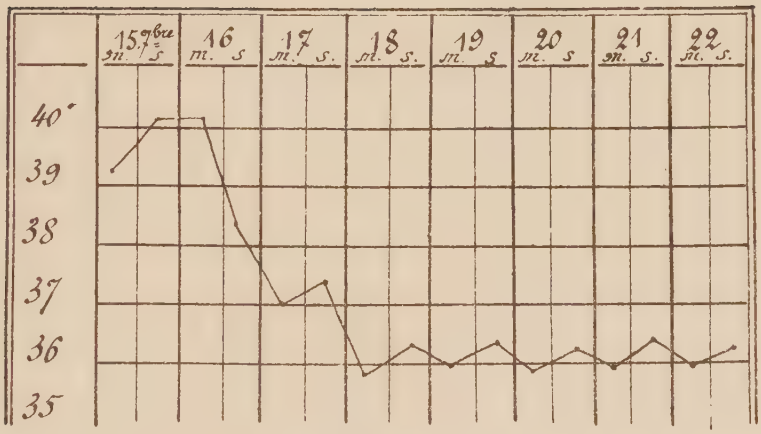
Le Pav..., clairon. *Mort.*



Bout..., spahi (récidive). *Mort.*



DEL..., ouvrier comp. auxil. *Mort.*



REMARQUES SUR LA FIÈVRE BILIEUSE HÉMATURIQUE

A BAMMAKO

Fréquence et gravité.

Ainsi qu'on le voit par les observations qui précèdent, la fièvre bilieuse hématurique a produit au fort de Bammako, de la fin de janvier 1885 au commencement de l'année suivante, 22 atteintes dans un effectif relativement restreint. C'est dire sa grande fréquence dans ce pays. Malheureusement la gravité y marche de pair avec la fréquence, car j'ai enregistré 6 décès sur 22 cas, ce qui donne une proportion de 27,2 pour cent.

Aucun autre poste du Haut-Sénégal n'est affligé du fait de cette affection d'une mortalité aussi grande. A Koundou et à Bafoulabé par exemple, où la fièvre hématurique est loin d'être rare sans atteindre toutefois la fréquence qu'elle a à Bammako, mes camarades n'ont eu qu'un décès sur 20 cas environ pendant la même période.

Le pronostic est donc sérieux. La maladie, supposant une imprégnation malarienne plus ou moins profonde, s'attaque de préférence aux sujets les plus fatigués, soit par un long séjour dans ces contrées, soit par de fréquents accès de fièvre intermittente.

Ceux qui furent le plus durement traités furent les ouvriers de la Compagnie auxiliaire.

Arrivés à Bammako fatigués par les travaux qu'ils venaient de faire dans le Sud pour la construction du fort de Niagassola, ces hommes (au nombre de cinq) payèrent tous leur tribut à la

bilieuse hématurique, l'un d'eux même par trois fois; deux ont succombé.

La race arabe elle-même, bien que plus résistante que la nôtre au paludisme, n'est pas à l'abri de ses coups; et j'ai noté un décès parmi les tirailleurs algériens, peu nombreux cependant. Pourquoi d'ailleurs cette race jouirait-elle de l'immunité vis-à-vis de cette fièvre, lorsque le Ouoloff de la côte transporté sur les rives du Niger n'échappe même pas à l'accès paludéen.

Influence des saisons.

La fièvre bilieuse hématurique règne à Bammako d'un bout de l'année à l'autre ; je fais une restriction pour le mois de décembre qui seul a été indemne.

C'est pendant la saison des pluies qu'elle est *la plus fréquente,* contrairement à ce qu'on observe dans le Bas-Fleuve où les atteintes sont plus nombreuses pendant la saison sèche. Les mois les plus pluvieux sont aussi ceux qui engendrent les accès les plus bénins. C'est ainsi que 7 cas qui eurent lieu de juillet à la mi-septembre se terminèrent tous par la guérison. Or, c'est à cette époque que l'hivernage bat son plein ; en août 1885, j'ai compté 27 jours de pluie.

Début de l'accès.

Relativement au début de l'accès, j'ai remarqué, et mon prédécesseur m'avait signalé le fait, que le frisson éclatait souvent soit vers midi, soit vers minuit. Plusieurs fois, en effet, je fus réveillé au commencement de la sieste par l'arrivée d'un homme frissonnant depuis quelques instants et urinant noir. Cette particularité n'est pas spéciale à Bammako : on l'observerait dans les autres postes et même en France chez des gens ayant quitté le

Haut-Fleuve depuis quelques mois. Tel est le cas de M. D..., ancien médecin-major de Bafoulabé qui fut pris à Brest, le 20 janvier dernier à minuit, d'un accès hémoglobinurique : il avait quitté le Sénégal depuis près de deux mois.

Marche.

L'évolution de la bilieuse hématurique est rapide. D'après le Dr Corre « cette courte durée constitue même un très réel et très » important caractère qui la distingue très catégoriquement de la » fièvre rémittente bilieuse. »

Huit ou dix jours, quinze au plus, lorsque le type est intermittent, séparent le début de cette affection du moment où l'individu entre en convalescence.

Dans les cas mortels, la marche peut en être encore plus rapide et la terminaison fatale se montre souvent à la fin du sixième jour. Je ne crois pas qu'on ait jamais observé sur les bords du Niger la forme sidérante de M. Béranger-Féraud dont la durée totale pourrait n'être que de deux jours.

La convalescence est toujours fort longue. Chez beaucoup de sujets, ce nouvel état est assez instable. L'anémie prononcée que laisse après elle la maladie la prolonge plus ou moins longtemps ; « et, pendant toute sa durée le malade est exposé à toutes les » complications de l'affection maremmatique et à une récidive » d'hémoglobinurie. »

Comme conséquence de l'accès on remarque souvent un état de susceptibilité tout spécial de l'estomac, et des crises de gastralgie des plus aigues.

De la mort dans la bilieuse hématurique.

Comment meurt-on dans la fièvre bilieuse hématurique ? De deux façons : par adynamie ou par urémie.

Ce sont là du moins les deux modes de terminaison que j'ai observés à Bammako.

Le premier est de beaucoup plus rare que le second, puisque dans 6 décès il n'intervient qu'une seule fois. Dans ce cas, les urines avaient repris leur teinte normale et la quantité n'en était pas diminuée. Le malade est mort par syncope sans avoir présenté ni somnolence ni délire. (Bout., spahi, mois d'avril.)

Dans la mort par urémie, j'ai presque toujours constaté l'union à l'adynamie de phénomènes ataxiques. Dans cette occurrence, le pouls conserve sa petitesse ; la peau devenue sèche est âpre au toucher. Souvent il y a des épistaxis ou des hémorrhagies gingivales ou pétéchiales.

On voit apparaître un peu de délire tranquille ; les dents se recouvrent de fuliginosités ; le hoquet prend le malade quelquefois 36 heures avant la fin. Il peut y avoir anurie complète ; ou, s'il y a persistance des urines, leur quantité est bien au-dessous de la moyenne, et leur coloration n'a plus rien d'hématique.

Souvent la respiration devient suspirieuse et se ralentit; quelques secousses convulsives agitent les membres, et la mort se produit soit dans le coma soit par syncope.

La température des derniers jours reste au chiffre normal ou au-dessous de ce chiffre; une fois seulement elle s'est maintenue jusqu'à la mort à un degré fébrile.

L'urémie est la règle sur les bords du Niger. Elle est loin d'être aussi fréquente dans le Bas-Fleuve. A M. Guillaud, alors médecin de 2e classe de la marine, qui observa à l'hôpital de Gorée, revient le mérite d'avoir fixé l'attention sur ce phénomène qui semble avoir été méconnu ou tout au moins considéré comme exceptionnel avant l'année 1877. Sans doute, avant cette époque, les symptômes urémiques, par suite d'une fausse interprétation étaient confondus avec ces états typhoïdes et adynamiques s'accompagnant de faiblesse extrême, de stupeur, de vomissements ; et le

mot « urémie » n'avait été que rarement prononcé. Guillaud, faisant la statistique de l'hôpital de Gorée porte à 12 pour 100 décès le nombre des cas dans lesquels la suppression urinaire intervient comme cause de mort.

Au fort de Bammako, c'est 83 % qu'il faut dire.

On a prétendu dans ces derniers temps que la fièvre bilieuse hématurique était consécutive à l'ingestion de la quinine. Je ne sais si cette allégation s'appuie sur des preuves bien certaines. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas en généraliser l'application, tendance malheureusement familière aux innovateurs. Si dans certains cas la quinine a produit, paraît-il, des hématuries, il en est d'autres, et ceux-là ne sont pas les moins nombreux où la quinine doit être mise hors de cause, puisque l'accès hématurique se montre souvent sans accès de fièvre précurseurs, c'est-à-dire sans qu'il y ait eu besoin de recourir à ce médicament, et cela (je parle des cas de Bammako) depuis 15 jours ou trois semaines, temps plus que suffisant pour l'élimination complète.

Prophylaxie.

Comme la fièvre bilieuse hématurique est sujette à récidiver, et que chaque atteinte en augmente la gravité, il est prudent d'évacuer tout sujet qui a présenté un premier accès, si peu grave qu'il soit.

La chose n'est malheureusement pas toujours facile pour les malades qui ont contracté l'affection sur les bords du Niger, et que les routes impraticables pendant la saison des pluies retiennent sequestrés dans le pays et sous le coup d'une récidive.

Je dois le dire à la louange du commandement, jamais demande d'évacuation n'est restée sans réponse favorable.

TRAITEMENT

«L'infection malarienne étant, sans contredit, l'élément dominant » de la maladie », c'est au sulfate de quinine qu'il faut s'adresser. Tous les auteurs, Béranger-Féraud entre autres, insistent sur la nécessité du traitement quinine.

Le médicament doit être administré au plus tôt et par toutes les voies en commençant par la bouche. S'il y a intolérance de la part de l'estomac, il faudra recourir aux lavements ; si l'on échoue encore, c'est l'injection sous-cutanée que l'on emploiera comme dernière ressource. Le creux épigastrique et la partie interne des cuisses sont, d'après Corre, les régions où l'absorption paraît la plus rapide.

Si donc la quinine doit être toujours prescrite, il ne faut pas cependant toujours compter sur son efficacité. Il est, en effet, des cas où elle est impuissante à enrayer un accès en cours d'évolution, ou à prévenir le retour de la fièvre dans une atteinte intermittente ; insuccès que certains auteurs attribuent, 1° d'une part, à l'état d'anémie très prononcé dans lequel se trouve l'organisme « dont les éléments » anatomiques en imminence ou en cours de rétrogradation ne » peuvent plus subir l'impression médicatrice, de manière à produire » la réaction salutaire qui amènera l'amendement ou la guérison » ; 2° d'autre part, à l'imprégnation excrémentitielle dans laquelle se trouve l'individu par suite de l'anurie. Dans ce cas « la quinine a » perdu toute efficacité parce qu'elle ne se trouve plus en présence » de l'infection qu'elle doit combattre, mais d'une infection déri- » vée contre laquelle elle ne possède aucun pouvoir modificateur. »

A quelle dose donner la quinine?

« L'indication est d'avoir la main lourde, a-t-on dit, et de » veiller avec une grande attention à la réelle absorption des » doses prescrites. » Il ne faut pas cependant dépasser 2gr 50, même sur les bords du Niger, où l'Européen se trouve cependant dans un état d'accoutumance vis-à-vis de ce médicament par suite de fréquents accès paludéens.

Il est prudent de suspendre l'emploi de sulfate de quinine dès que l'anurie fait son apparition.

L'état bilieux sera justiciable de l'ipéca, comme d'ailleurs les vomissements des cas légers, que ce médicament combattra presque toujours avec succès à la condition qu'on y revienne deux ou trois fois.

Je ne parle pas ici des vomissements qui se montrent avec la suppression des urines : ceux-ci résistent à tout traitement. Etant donné qu'ils servent d'émonctoire aux produits excrémentitiels accumulés dans l'organisme, quel serait d'ailleurs l'avantage de les supprimer sinon de hâter une fin, qui arrive déjà trop rapidement, en fermant cette porte de sortie?

On se bornera dans ce cas à les calmer, à modérer la douleur qui les accompagne par l'emploi des boissons fraîches, des injections de morphine et surtout des compresses imbibées de chloroforme dont l'application au creux épigastrique réussit quelquefois.

Les diurétiques, telles que la scille, la digitale, ne me semblent pas donner les bons effets qu'on pourrait en attendre. C'est que la congestion rénale est par le fait de la fièvre portée à un haut degré que ces médicaments ne feraient qu'élever encore, sans déterminer aucun effet utile. Bien plus, certains médecins attribuent même à leur administration intempestive la production d'infarctus hémorrhagiques que la nécropsie fait constater dans le parenchyme rénal.

L'on n'a donc pas à compter sur un rappel de la sécrétion urinaire. A quelles autres voies faut-il alors s'adresser pour faciliter

la sortie des produits excrémentitiels que l'anurie amasse dans l'économie?

Celles qui paraissent le plus accessibles à une action thérapeutique sont les glandes salivaires et la muqueuse intestinale. Le jaborandi et surtout le calomel à doses massives paraissent répondre à ces deux indications.

« Le calomel est dans l'espèce, dit Corre, le meilleur des purgatifs; il est facilement toléré, amène des selles copieuses sans déterminer l'irritation de la muqueuse intestinale que l'on a prétendue, et n'augmente jamais, après son action purgative, la tendance à la constipation, comme le sulfate de soude ou de magnésie. »

Les drastiques sont généralement proscrits « comme pouvant déterminer l'état phlegmasique de la muqueuse intestinale, quelquefois même avec une augmentation de l'hypérémie rénale. »

Contre l'adynamie on pourra essayer l'extrait de kina et surtout le vin de Bordeaux, le Ténériffe, sans avoir trop confiance dans l'efficacité de ces agents, qui réussiront surtout dans la convalescence, unis aux préparations de noix vomique. Celles-ci sont très utiles « pour amener l'activité nerveuse au degré de tonalité qui assurera le maintien de la résistance contre toute influence provocatrice d'un nouvel accès. »

Enfin l'état du sang et de la circulation réclame aussi des indications spéciales, au nombre de trois d'après Corre :

1° Arrêter le travail de déglobulisation par l'emploi de médicaments oxygénés, susceptibles de contrebalancer l'action de l'acide carbonique accumulé dans les voies respiratoires par le fait d'une paralysie vaso-motrice (oxygène en exhalation, eau oxygénée, substances suroxygénées, telles que le permanganate ou le chlorate de potasse.

2° Solliciter la contractilité vasculaire par l'administration de l'ergot de seigle, et ranimer ainsi la circulation languissante et

mettre obstacle à toute déperdition sanguine par le resserrement des petits vaisseaux.

3° Fournir au sang les moyens d'augmenter la coagulabilité de son plasma pour diminuer les chances d'un écoulement hémorrhagique (perchlorure de fer) ; lui fournir également les matériaux nécessaires à la reconstitution des globules (aliments azotés le plus facilement assimilables : lait, jus de viande, bouillon).

Je dirai en terminant que d'une façon générale on rejette les émissions sanguines comme dangereuses dans une maladie qui atteint si intimement le sang dans sa masse.

Une seule fois j'y ai eu recours. C'était chez un malade ayant conservé une grande vigueur, le nommé Poiv... (février 1885).

Depuis 48 heures cet homme présentait une très notable diminution des urines et souffrait d'un lumbago très accentué. Quatre ventouses scarifiées furent appliquées sur les reins. La douleur cessa ; la miction revint.

A mon avis l'émission sanguine n'aurait pas été étrangère à cet heureux résultat.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CORRE. — Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds.

BARTHÉLEMY BENOIT. — De la fièvre bilieuse hématurique (*Archives de méd. navale*, 1865).

BÉRENGER-FÉRAUD. — Maladies des Européens au Sénégal, à la Martinique.

GUILLAUD. — De l'urémie dans la fièvre bilieuse hématurique (*Archives de méd. nav.*, 1877).

NIELLY. — Eléments de pathologie exotique.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

VU BON A IMPRIMER :
Bordeaux, le 29 juin 1887.
Le Président,
Dr MORACHE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 1er juillet 1887.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

11,534. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.